

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2010

Sirkka Laine

# PSYKOSOSIAALISEN TUEN MERKITYS SYDÄNSAIRAILLE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sirkka Laine

## PSYKOSOSIAALISEN TUEN MERKITYS SYDÄNSAIRAALLE SENIORILLE

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykososiaalisen tuen merkitystä sydänsairaille sekä Sydänkerhon toiminnan kehittämiskohteita. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää Sydänkerhon toimintaa jäsenten tarpeita vastaavaksi sekä saada tietoa psykososiaalsien tuen merkityksestä sydänsairaille. Psykososiaalisen tuen merkitys korostuu, kun henkilö vanhenee tai sairastuu. Vanhuudessa sosiaalinen verkosto pienenee luonnollisen poistuman myötä ilman aktiivista otetta verkoston kasvattamiseksi. Sairastuneen henkilön psykososiaalisen tuen tarve on todennäköinen, koska sairauden myötä tuen ja tiedon tarve lisääntyy. Sairastuneen selviytymistä edistää yksilön fyysinen, psyykinen, sosiaalinen tai henkinen tuki. Lisäksi selviytymiseen vaikuttaa henkilön kyky kohdata ja ratkaista ongelmia sekä jo lapsuudessa opitut, mahdollisesti aikuisuudessa täydentyneet selviytymisen mekanismit.

Tutkimukseen osallistui Sydänkerhon 80 jäsenestä 67 henkilöä. Vastaajat olivat miehiä ja naisia, iältään alle 65-vuotiaista yli 85-vuotiaisiin. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, jota täydennettiin laadullisilla kysymyksillä. Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS-menetelmällä sekä laadulliset kysymykset sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan jäsenistö on tyytyväinen Sydänkerhon nykyiseen toimintaan, joten jatkuvuus nähtiin tärkeänä. Vastaajat kokivat kerhotapaamiset tärkeiksi tiedon saamisen sekä sosiaalisen tilanteen vuoksi. Sydämen tai verisuonten sairaudesta johtuen tiedon saamisen tarve sairaudesta sekä terveyttä ylläpitävistä tekijöistä oli huomattava. Sydänkerhon toiminnan jatkuminen turvaa jäsenten psykososiaalisen tuen mahdollisuuden tulevaisuudessa.

Lisätutkimusta tarvitaan psykososiaalisen tuen tuomiseksi osaksi sairastuneiden sekä vanhempien ja syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten elämään. Tietoa tulisi saada syrjäytymistä ehkäisevistä tekijöistä sekä muodoista, joiden avulla sairastuneet tai iäkkäät kokevat hyötyvänsä psykososiaalisesta tuesta. Olennaista olisi pohtia, miten psykososiaalinen tuki sekä syrjäytyminen ymmärretään niiden tahojen osalta, jotka palveluita tuottavat? Mielenkiintoinen on myös kysymys, mitä palveluja tuottava taho näkee kuuluvan sairastuneen tai iäkkään henkilön normaaliin elämään, sekä miten sitä voidaan ylläpitää muuttuvissa tilanteissa?

ASIASANAT:

Sydänyhdistys, psykososiaalinen tuki, henkinen tuki, sosiaalinen tuki, tutkimusodot

Sirkka Laine

## THE IMPORTANCE OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR A HEART PATIENT

The purpose of the research was to develop the activities of Sydänkerho to meet the needs of its members. The aim of the present writer was to learn to understand the importance of psychosocial support for senior heart patients. In total, 67 members out of the 80 members of Sydänkerho took part in the experiment. They were men and women, age varying from under 65 to over 85-year-olds. The experiment was organized as a survey that was completed with qualitative questions. The quantitative data was analyzed with SPSS and the qualitative questions with content analysis.

Psychosocial support becomes important when a person ages or becomes sick. At old age, social support decreases by natural loss without any active measures to expand the support. When a person becomes sick, the need for support and for knowledge increases, and the need for psychosocial support becomes probable. Physical, psychical, social or mental support enhances the person's survival. In addition, the survival is affected by the person's ability to face and solve problems and by the mechanisms for survival that the person has learned already in childhood and possibly completed in adulthood.

According to the results, the members were satisfied with the current activities of Sydänkerho, and therefore, continuity was seen as important. Moreover, the members felt that because of receiving information and because of social matters, the meetings of Sydänkerho were important. Due to cardiovascular diseases, there was also a considerable need for receiving information about the disease and about the factors that maintain health. The continuity of Sydänkerho ensures the possibility for psychosocial support also in the future.

### KEYWORDS:

Psychosocial support, mental support, social support, forms of support

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 SYDÄNSAIRAUDESTA KUNTOUTUMISEEN</b>	<b>6</b>
<b>3 PSYKOSOSIAALISUUS JA ELÄMÄNLAATU</b>	<b>9</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>13</b>
<b>5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>14</b>
5.1 Tutkimusmenetelmä	14
5.2 Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi	16
<b>6 TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>19</b>
6.1 Taustatiedot	19
6.2 Sydänkerhon toiminnan kehityskohteita	22
6.3 Psykososiaalisen tuen merkittävyys	24
6.4 Käsitys elämänlaadun muodostumisesta	25
<b>7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS</b>	<b>28</b>
<b>8 POHDINTA</b>	<b>31</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>35</b>

## LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus.
- Liite 2. Tutkimuslupa.
- Liite 3. Kyselylomake.
- Liite 4. Avointen kysymysten luokittelu.

## KUVIOT

Kuvio 1. Vastausprosentin muodostuminen.	17
Kuvio 2. Ikäryhmät jaettuna sukupuolten mukaan.	20

## TAULUKOT

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuvien ikä, sukupuoli ja asuminen.	19
Taulukko 2. Syy miksi on mukana sydänkerhon toiminnassa.	21
Taulukko 3. Kyselylomakkeessa esiintyvät sairausryhmät.	21
Taulukko 4. Sairastuneen tukijat.	22
Taulukko 5. Avoimiin kysymyksiin vastanneet henkilöt.	23
Taulukko 6. Psykososiaalista tukea kuvaavia tekijöitä.	25
Taulukko 7. Elämän laatuun vaikuttavia tekijöitä.	26
Taulukko 8. Elämänlaatu-kysymykseen vastanneet henkilöt.	27

## 1 JOHDANTO

Terveys määritellään yksilöllisesti koetun terveyden pohjalta. Vaikuttavana tekijänä on terveyden sijoittuminen arvoasteikkoomme sekä siihen olotilaan, joka terveyden määrittämisen hetkellä on. Tavallisesti terveys käsitetään tilanteeksi, jossa ei ilmene sairautta. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 28.)

Sydän- ja verisuonisairauksien tärkeitä riskitekijöitä ovat totutut ja terveyttä heikentävät elämäntavat, kuten tupakointi, joten sairauden ennaltaehkäisy ja kuntoutuminen perustuu riskitekijöiden havaitsemiseen ja yksilön aktiiviseen toimintaan terveytensä parantamiseksi lääkinnällisen hoidon ja psykososiaalisen tuen ohella. (Koivula 2002, 10,15.)

Psykososiaaliselle terveydelle luovat pohjaa tasapainoiset ihmissuhteet ja vuorovaikutus perimässä määrittyneen persoonallisuuden lisäksi (Bäckman 2006, 38; Heikkinen & Kauppinen 2008, 71). Sosiaalisten suhteiden toimivuus vaikuttaa merkittävästi iäkkäiden henkilöiden terveyteen ja hyvinvointiin. Ystävyysuhteet koetaan tyydyttäväiksi, kun ne vähentävät yksinäisyyttä, ovat vastavuoroisia sekä lisäävät itsenäisyyden ja kumppanuuden tunnetta. Läheiseltä ihmiseltä saadaan kiintymystä ja turvaa, kun ystävät ja vertaisryhmät tarjoavat mahdollisuuden kokemuksen jakamiseen ja sosiaaliseen yhteisöön kuulumisen tunteen. (Lyyra ym. 2008, 2.) Sosiaalisten suhteiden puuttuminen, itsensä onnettomaksi tunteminen ja alentunut toimintakyky ovat elämänlaatua heikentäviä tekijöitä (Rantanen 2009, 24). Kun positiivinen ajatus kumoaa negatiivisen mielikuvan, syntyy tyytyväinen, onnellinen, hyvän elämänlaadun omaava yksilö (Ahto 1999, 26).

Tässä opinnäytetyössä psykososiaalisen tuen kokemusta tarkastellaan sydänsairauteen sairastuneen näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykososiaalisen tuen merkitystä sydänsairaille sekä löytää Sydänkerhon toiminnan kehittämiskohteita. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää Sydänkerhon toimintaa jäsenten tarpeita vastaavaksi sekä saada tietoa psykososiaalisen tuen merkityksestä sydänsairaille.

## 2 SYDÄNSAIRAUDESTA KUNTOUTUMISEEN

Työikäisillä sepelvaltimotauti on vuonna 2007 ollut miesten toiseksi yleisin ja naisten neljänneksi yleisin kuolinsyy (Tilastokeskus 2008). Sepelvaltimotautiin kuolevien henkilöiden osuus on kuitenkin vähentynyt vuodesta 1960. Naisten kuolleisuus on laskenut 79 prosenttia ja miesten 77 prosenttia. Sepelvaltimotaudin kuolleisuuden laskuun on vaikuttanut ennaltaehkäisevä työ, jonka vuoksi sairauden ilmaantuvuus on pienentynyt merkittävästi, elintapamuutokset ja 1990-luvun lopussa kehittynyt akuutin infarktin hoito. (KTL 2005, 15.) Sepelvaltimotauti on eräs tekijä, jonka vuoksi sekä naisten että miesten, 45-74 vuotiaiden osalta, koettu terveys on parantunut viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana, kun taas yli 75-vuotiailla sepelvaltimotauti on yleistynyt (Kattainen 2004, 6, 11). Viimeisen kymmenen vuoden aikana on sydänpotilaiden määrä kasvanut erityisesti sepelvaltimotaudin, rytmihäiriö- ja sydämen vajaatoimintapotilaiden osalta (Rantala 2010, 22). Vuodessa sairaalassa hoidetaan noin 50 000 sepelvaltimotautia sairastavaa potilasta (Hämäläinen & Röberg 2007, 3774). Väestön sydän- ja verisuonitautien arvellaan lisääntyvän tulevaisuudessa osin väestön ikääntymisen johdosta osin yleisen painonnousun vuoksi (Salomaa 2006). Sydän- ja verisuonisairauksien osalta tavoitteena on kuitenkin tautien kokonaisvaltainen väheneminen kohdistamalla sekä väestöön että yksilöön toimenpiteitä, jotka heikentävät sairauksien vaaratekijöiden esiintymistä elintapamuutoksien avulla (Käypä Hoito 2009).

Vielä 1960- ja 1970-luvulla ei nähty jo sairastettujen sydäninfarktipotilaiden kuntoutumisella olevan merkitystä sairauden uusiutumisen, kuolleisuuden sekä fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta (Kallanranta ym. 2001, 304). Sydänpotilaan kuntoutuminen määritellään useiden eri tekijöiden summana. Tarvitaan kaikkien niiden elementtien korjaamista, jotta sydänpotilas voi palata aikaisempaan asemaansa omassa elinpiirissään, jotka ovat aiheuttaneet terveyden menettämisen. Tarkoitus on saavuttaa mahdollisimman hyvä fyysinen, sosiaalinen ja psyykkinen kuntoutuminen, näin toimintakyky

lisääntyy ja oireiden esiintyminen vähenee. (Rantala 2010, 15.) Sydänpotilaan kuntoutus on pitkälinen prosessi, jossa potilas itse on aktiivisena toimijana. Kuntoutuksessa edetään suunnitelmallisesti ja vaiheittain. Suomessa sydänkuntoutuksen osapuolina ovat erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto ja työterveyshuolto sekä toipumisen edelleen edetessä kolmas sektori, kuntoutuslaitokset ja kansaneläkelaitos. (Hämäläinen & Röberg 2007, 3771.) Sairaalaan kotiutuneiden sepelvaltimotautia sairastaneiden henkilöiden opetus ja ohjaus sekä tiedon saanti on riittämätöntä (Blek ym. 2007, 10).

Sydänsairaahan henkilön kuntoutuksessa tavoitteena pidetään elämänlaadun parantamista, työ- ja toimintakyvyn palautumista, tukemista elintapamuutoksissa, riskitekijöiden havaitsemista sekä toipumista fyysisellä ja psyykkisellä tasolla. Sydänpotilaiden kuntoutus ehkäisee masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta sekä vähentää sairaalakäyntejä. (KTL 2005, 38.) Elintapojen muutokseen ja lääkehoidon toteuttamiseen motivoituminen vaatii erilaisia menetelmiä ja ohjausta tiedollisen valmiuden lisäksi, siksi tiukan rajan luominen hoidon, uuden sydäntapahtuman ehkäisyyn ja kuntoutuksen välille on vaikeaa. Sydänkuntoutuksen vaikuttavuutta voidaan mitata elämäntapamuutosten toteutumisella sekä elämänlaadun ja toimintakyvyn parantumisella. (Hämäläinen & Röberg 2007, 3771–3772.)

Suomen Sydänliitto ry on toiminut 55 vuotta. Samaan aikaan, kun kuntien ja valtion säästötoimenpiteet rasittavat kansalaisten hoito- ja kuntoutuspalveluita, on kolmas sektori kehittänyt toimintaansa erityisesti ennalta ehkäisevässä ja kuntouttavassa toiminnassa. Sydänliitto on alkuunpanijana muun muassa verenpaineen ennalta ehkäisy- ja hoitosuosituksien laadinnassa. Kansanterveysjärjestön merkitys on suuri ja työ on avointa toimintaa aloitteen tekijänä ja vaikuttajana. Osa järjestöistä myös rahoittaa tutkimustyötä sekä tarjoaa oman alansa palveluita. (Huttunen 2005.)

Sydänliitolla on jäseniä noin 80 000, johon kuuluvat 19 sydänpiiriä sekä 238 sydänyhdistystä, jotka toimivat paikallisesti, lisäksi on valtakunnallisesti toimivat yhdistykset. Tavoitteena Sydänliitolla on, että suomalaisten sydänterveys paranisi, merkittävä kansanterveysongelma sydän- ja verisuonitautien osalta

poistuisi ja, että ihmisten aktiivisuus oman ja ympäristön terveyden hyväksi lisääntyisi. Sydänliitolla on kokonaistrategia, joka on kehittänyt Suomalaisen Sydänohjelman suomalaisten terveyden edistämiseksi. Sydänohjelman toimintalinja sisältää väestöön liittyvät terveet elämäntavat, sairauksien ja sairauksia aiheuttavien riskitekijöiden yhkäisyä, sairauksien pahenemisen tai uuden kohtauksen esiintymisen ehkäisyä sekä kuntoutuksen kehittämistä. (Suomen Sydänliitto ry 2010.)

Salon seudun Sydänyhdistyksen perustamisvuosi on 1971. Sydänyhdistyksen toiminnassa mukana olevat kunnat ovat Salo, Kiikala, Kuusjoki, Pertteli, Halikko, Kisko, Muurla sekä Suomensjärvi. Sydänyhdistyksen jäseniä on yhteensä noin 580. Sydänkerho on vireästi toimiva osa sydänyhdistystä. Sydänkerhon toiminnan keskuspaikkana on Salo-Uskelan seurakuntatalo, jossa Sydänkerhon tapaamiset ovat kerran kuukaudessa. Toimintaan voivat osallistua kaikki Sydänyhdistyksen jäsenet tai jäsenyyttä harkitsevat henkilöt. Toiminnassa ovat mukana muun muassa sydänhoitaja sekä sydäntukihenkilöitä. (Salon kaupunki tiedottaa 2009, 17; Salon seudun Sydänyhdistys 2010.)



### 3 PSYKOSOSIAALISUUS JA ELÄMÄNLAATU

Lapsuuden positiiviset kokemukset jo varhaisesta vaiheesta alkaen luovat positiivista elämänasennetta ja ovat tyytyväisen vanhuuden perusta (Vilkko-Riihelä 1999, 270). Menetykset ja yksinäistyminen vähentävät sosiaalista tukea ollen näin mielenterveyden häiriöille altistavimpia tekijöitä (Rissanen 1999, 28). Henkilöistä, jotka ovat täyttäneet 65 vuotta, 16–30% kärsii jostakin toimintakykyä alentavasta ja elämänlaatua heikentävästä mielenterveyden häiriöstä (Nordling & Toivio 2009, 173). Senioreiden ennaltaehkäisevässä toiminnassa nähdään sosiaalisen tuen ja verkoston kasvattamisen olevan oleellinen tekijä, kuten myös senioreiden lisääntyvät mahdollisuudet osallistua yhteiskunnan toimintaan sen tasavertaisina, arvostettuina jäseninä (Seppänen ym. 2009, 7).

Vanheneminen alkaa jo kolmenkymmenen ikävuoden jälkeen, mutta on hidasta ja yksilöllistä. Fyysinen vanheneminen on elintoimintojen hidastumista, ja sosiaalinen muutos on keski-ikäisestä poikkeava asema yhteiskunnassa. Biologinen vanheneminen tarkoittaa heikkenemistä, kuten solujen vähenemistä, lihasvoiman ja aistien heikentymistä. Psyykkiset toiminnot eivät vanhene, vaan psykologinen ikääntyminen on erilaista. Henkilö saattaa tuntea olevansa todellista fyysistä ikäänsä vanhempi tai nuorempi. Monet asiat ovat parantuneet kokemuksen myötä ja, kun nuorempana esiintyvät tunnekuohut ovat laantuneet, jää energiaa enemmän käyttövoimaksi. (Vilkko-Riihelä 1999, 266; Kivelä 2006, 16.)

Kun sosiaalinen selviytyminen vähenee, voidaan puhua syrjäytymisestä. Syrjäytymisen tilanteessa oleva yksilö on joutunut pois valtaväestön normaalista toiminnasta, jossa havaitaan selvästi poikkeavina ajankäytön ja kulutuksen mallit sekä etääntymistä arkielämän asioista. Stigma eli leimautuminen on määritetty ominaisuudeksi, joka ei-toivottavana tai hävettävänä tekijänä heikentää yleistä sosiaalista hyväksyntää. (Nordling & Toivio 2009, 282.) Ikääntyvää mahdollisesti kohtaavaa syrjäytymistä voidaan ehkäistä oikein kohdennetuilla palveluilla muun muassa sairauksien ehkäisyllä ja hoitamisella,

aktiivisuuden lisäämisellä ja toimintaympäristön parantamisella (STM 2008, 57-58). Myös iäkkäiden henkilöiden sosiaalisilla suhteilla on suuri merkitys terveydelle ja hyvinvoinnille, koska tavalliseen yhteisölliseen toimintaan osallistuminen tapahtuu sosiaalisten kontaktien kautta. Ja terveydentilasta huolimatta vilkas sosiaalinen elämä lisää elinaikaa. Senioreiden aktiivinen osallistuminen sosiaalisiin toimintoihin lisää fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Osallistumisinto, esimerkiksi vapaaehtoistyöhön, kumpuaa tarpeesta olla hyödyksi ja avuksi muille. Vapaaehtoistoiminnaksi ymmärretään erilainen toiminta, kuten vapaaehtoistyö, vertaistoiminta sekä yhdistystoimintaan liittyvät harrastukset. Lisäksi eläkkeelle jäämisen jälkeen erilainen toiminta, osallistuminen tai harrastukset antavat mahdollisuuden mielenkiintoisiin ja mielekkäisiin rooleihin työelämän jälkeen. (Teinonen ym. 2007, 1493; Nummela 2009, 2110; Haarni 2010, 4.)

Yksilölle sosiaalisen tuen merkittävyyttä lisäävät tunne tuen saatavuudesta ja tunne suhteesta, joka antaa voimavaroja ja jossa on kahdenkeskistä vuorovaikutusta sekä sen sosiaalisen verkoston olemassa olosta, joka muodostaa sosiaalisen elämän kokonaisuuden. Nämä tekijät vahvistavat yksilön tunnetta hyvinvoinnistaan. Sairastuttuaan yksilön subjektiivinen kokemus sosiaalisesta tuesta on oleellista sairauden kaikissa vaiheissa. Merkitykselliset ja toimivat selviytymismekanismit vahvistuvat henkilön luottaessa olemassa olevan tuen laatuun. Positiivisia, selviytymistä tukevia keinoja ovat optimistinen suhtautumistapa, ongelmien avoin tarkastelu, myönteiset odotukset tulevaisuudesta, oireiden realistinen kohtaaminen, sosiaalisten tilanteiden hyväksyminen ja tavoitteiden uudelleen suuntaaminen. (Okkonen 2000, 11, 14.)

Psykososiaalisen ajattelun mukaisesti vanheneva henkilö saavuttaa minän eheyden tai vajoaa epätoivoon, joka heijastaa kuolemanpelkoa sekä identiteetin hajoamista. Iäkkään henkilön sisäiseen hajoamiseen voi johtaa tunne oman aseman ja roolien säilymisen epävarmuudesta muuttuvassa tilanteessa. Sisäisen eheyden löytämiseen tarvitaan realistista eletyn elämän arviointia. Iäkkään seniorin selviytymistä helpottaa huomattavasti erilaisten eteen tulevien

valintojen kohdalla henkilön oma vaikutusmahdollisuus muutostilanteissa, esimerkiksi asumiseen liittyen. (Vilkko-Riihelä 1999, 270.)

Sosiaalisen verkoston laadulle luovat pohjaa sosiokulttuuriset tekijät: kuten kulttuurin arvot, sosioekonomisista tekijöistä köyhyys tai eriarvoisuus, politiikan ylläpitämät lait ja sosiaalisista muutoksista kaupungistuminen tai taloudellinen tilanne. Sosiaalinen verkosto käsittää verkoston koon, tiiviyden ja yksilöiden samankaltaisuuden. Lisäksi sosiaalisen verkoston käsitteeseen liittyy yhteydenpidon toistuvuus, vastavuoroisuus ja aika, jonka henkilöt ovat tunteneet toisensa. Sosiaaliset verkostot mahdollistavat yksilön psykososiaalisen tuen. (Nummela 2009, 2110.)

Psykososiaalinen tuki sisältää tahot, jotka antavat sosiaalisen tuen, tiedon ja samaistumisen tunteen. Muita tekijöitä ovat sosiaalinen vaikuttaminen ja arvovalta käyttäytyminen, esimerkiksi terveyden osalta, sosiaalinen osallistuminen sosiaalisia rooleja ja kiintymyssuhteita vahvaistavana muotona sekä erilaisten materialististen tekijöiden ja palveluiden mahdollistuminen. Psykososiaaliset mekanismit ovat yksilöllisiä ja vaikuttavat terveyteen erilaisten tekijöiden kautta, kuten terveyskäyttäytyminen, psykologiset ja fysiologiset mekanismit. Terveyskäyttäytyminen pitää sisällään, esimerkiksi liikunnan tai tupakoinnin harrastamisen, psykologinen tekijä voi liittyä itsetuntoon ja fysiologinen immuunijärjestelmän toimintaan. (Nummela 2009, 2112.)

Vaikka ikäihmisten terveydentilan vaihteluita voidaan selittää koulutuksen, ammatin, tulojen tai asumismuodon mukaisesti muuttuviksi, on tulkinta sairaudesta ja sen merkityksestä aina yksilöllistä ja vaihtelevaa (Hänninen & Valkonen 2002, 4; STM 2008, 57–58). Ihmisen toimintakykyä arvioitaessa tulee aina esille henkilön kokonaisuus. Psykososiaalista toimintakykyä ajateltaessa itsenäisenä osana voidaan kuitenkin puhua kyvystä selviytyä yhteisöllisistä tilanteista. Arjessa näitä tilanteita voivat olla selviytyminen ja toiminta omassa tutussa ympäristössä, huolenpito, vuorovaikutus ja ongelmanratkaisu. (Ihalainen ym. 2009, 47.)

Elämän kriisitilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen tarve on yksilöllinen. Trauman kokeneet henkilöt saattavat tarvita tukea selviytyäkseen elämässä eteenpäin. Noin 33 prosenttia ihmisistä selviytyy omien voimavarojensa ja sosiaalisen verkoston turvin. Selviytyjillä on resilienssiä eli psyykkisiä voimavaroja. Resilienssi on yksilön, yhteisön tai organisaation ominaisuus, jonka kehittäminen on mahdollista. Kehittyminen perustuu koettuihin vastoinkäymisiin sekä niiden käsittelyyn, siis saatuun kokemukseen, jossa vaikeistakin asioista selviytyy riittävän tuen ja ohjauksen avulla. (STM 2009, 13.)

Elämänlaatu-käsite liitettiin terveystieteeseen 1970-luvulla, jolloin todettiin terveyteen liittyvän muutakin kuin terveyden tai sairauden kokemus. Ihmisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus kattaa WHO:n mukaan yksilön terveystieteen jo vuodesta 1956. Elämänlaatu onkin monitahoisine merkityksineen hyvin henkilökohtaisesti koettava asia (Ahto 1999, 24, 32).

Elämänlaadullisuutta ei kuvata kiinteäksi, vaan se nähdään sopimukseen perustuvaksi yläkäsitteeksi, joka muodostuu erilaisista tekijöistä (Nupponen & Karinranta 2009, 57). Elämänlaatu-käsitteen määrittämistä vaikeuttaa sekä elämänlaadun moninaisuus että yksilöllisyys. Vain henkilö itse pystyy määrittämään oman elämänsä laadullisuutta, koska yksilön kokemus elämästä, hyvinvoinnista, arvoista, uskomuksista sekä positiivisista että negatiivisista tunteista muodostaa elämänlaadun käsitteen. Subjekttiivinen kokemus pitää sisällään elämänkaaren kaikki niin aiemmin koetut, kuin nykyhetken, sekä tulevaisuuden tunteet ja toiveet. (Ahto 1999, 26.)

## **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykososiaalisen tuen merkitystä sydänsairaille sekä Sydänkerhon toiminnan kehittämiskohteita. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää Sydänkerhon toimintaa jäsenten tarpeita vastaavaksi sekä saada tietoa psykososiaalisen tuen merkityksestä sydänsairaille.

Tutkimusongelmat:

1. Mitkä ovat Sydänkerhon kehittämiskohteet?
2. Mikä merkitys psykososiaalisella tuella on sydänsairaille?
3. Mitä on elämänlaatu?

## 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Empiirinen tutkimus voidaan jakaa kahteen ryhmään, valmiisiin aineistoihin sekä itse kärättyihin aineistoihin. Siihen, kumpi näistä valitaan, vaikuttaa tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma. Itse kerättäviä havaintoaineistoja ovat kysely, valmiit dokumentit, haastattelu tai havainnointi. Kyselytutkimukset voidaan jaotella niin, että tutkija on itse paikalla tutkimushetkellä, yleisellä paikalla oleviin kyselylomakkeisiin, postikyselyyn tai kyselyyn, joka tapahtuu tietokoneen välityksellä. (Tuomi 2007, 136–137.) Empiirinen tutkimus käsittää tutkimukset, jotka pyrkivät käytännönläheiseen ja itsenäiseen tiedon etsintään (Holopainen & Pulkkinen 2002, 20). Empiirisen tutkimustyön perustana ovat teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin pohjautuvat ajatusrakennelmat (Heikkilä 2004, 311).

Aiheen valinta perustui tekijän mielenkiintoon tilanteessa, jossa Salon seudun sydänyhdistyksen Sydänkerho harkitsi toiminnan kehittämistä. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimivan Sydänkerhon kanssa laadittiin toimeksiantosopimus. (Liite 1)

### 5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen, kun kerätään määrällistä aineistoa, jossa tavoitteena on kyselylomakkein saada vastauksia tutkimusongelmiin. Kvantitatiivisen tutkimuksen perusajatukset ovat systemaattisesti mitattavien tekijöiden kerääminen sekä mitattujen tekijöiden ymmärtäminen ja tulkinta teorian avulla. Kvantitatiivisen tutkimuksen analyysi on matemaattista eli tilastollista. (Tuomi 2007, 95.)

Kyselytutkimuksen peruslähtökohtana pidetään lomakkeen laadinnassa kysymysten huolellista suunnittelua, jotta saadaan vastauksia niihin kysymyksiin, joihin vastauksia ollaan etsimässä. Lomakkeen laadinnassa huomiota tulee kiinnittää selkeyteen, jotta kaikki vastaajat ymmärtävät kysytyn kysymyksen samalla tavalla ja tulosten luotettavuus paranee. Lyhyet tarkat

kysymykset antavat vastauksia, joihin ei liity niin paljon tulkinnanvaraisuuksia. Asteikkokysymyksissä vaihtoehto, joka ei tarjoa mitään mielipidettä, on vastaajan kannalta helppo, mutta tuo huonosti todellista tietoa tutkijalle. Kysymysten määrä ja järjestys lomakkeessa on parempi ryhmitellä kokonaisuuksiksi siten, että yleisluontoiset kysymykset ovat alkupuolella ja yksityiskohtaiset kysymykset loppupuolella. (Hirsjärvi ym. 2004, 191–192.)

Tässä tutkimuksessa käytetty tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen. Tutkimusmenetelmä on perusteltu, koska suuren joukon vastausten analysointi tietokoneella antaa luotettavia tuloksia. Kyselylomake on suunniteltu tätä tutkimusta varten. Lomakkeen kysymykset perustuvat aiempiin tutkimuksiin, ja lomaketta on suunniteltu yhdessä Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaajan sekä Sydänyhdistyksen edustajan kanssa.

Kyselylomake on tavallisesti laadittu valmiista strukturoiduista kysymyksistä. Kysymykset voivat olla avoimia, jolloin vastaaja kertoo omin sanoin mielipiteensä sekä monivalintakysymyksiä, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot tai näiden välimuoto, jossa kysymys sisältää molemmat vaihtoehdot. Kysymykset voivat olla myös asteikkoihin perustuvia, esimerkkinä Likertin viisiportainen asteikko, jolloin vastaaja valitsee vastauksen, joka parhaiten kuvaa hänen ajatustaan esitetystä väittämästä. (Hirsjärvi ym. 2004, 188–189.)

Kyselylomake on tietyn mallinen kysymyspatteristo, jonka avulla tietoa kootaan. Tavoitteena on muokata tutkijan ajatukset kysymyksiksi, joihin vastaaja mielellään antaa mielipiteensä. Tarkoituksena on myös vähentää vastausten purkamiseen tarvittavaa aikaa ja energiaa esittämällä selkeitä, valmiita vastausvaihtoehtoja, jolloin myös virhetulkinnan mahdollisuus pienenee. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 42.)

Tässä tutkimuksen kyselylomakkeessa oli monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä sekä valmiin ja avoimen kysymyksen välimuotoja. Vastauksia haettiin myös asteikkoon perustuvalla kysymyksen asettelulla. Lomakkeessa oli asteikkokysymykset neliportaisena, jonka vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, samaa mieltä, eri mieltä ja täysin eri mieltä.

Kyselylomakkeen (liite 3) kysymykset jakautuivat tutkimusongelmittain siten, että ensimmäiset kysymykset käsittelivät taustamuuttujia, kysymykset 1-4. Taustamuuttujia olivat sukupuoli, ikä sekä asumista ja perussairauksia koskevat kysymykset. Sydänkerhon kehittämiskohteita selvitettiin kysymyksissä 5-9, ja psykososiaalisen tuen merkitykseen haettiin vastauksia kysymyksissä 10-19. Vastaajien arkielämän kokemisen kautta selvitettiin vastaajien kokemusta elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä kysymyksissä 20-30. Kysymyksessä 31 vastaajan oli mahdollista omin sanoin kertoa ajatuksensa elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä. Kysymykset 10–30 oli muodostettu Likertin asteikolla. Kyselylomakkeen mahdollinen muokausvaihe esitestauksen perusteella jäi pois ajankäyttöön liittyvien tekijöiden vuoksi.

## 5.2 Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi

Kontrolloidussa kyselyssä tutkija jakaa kyselylomakkeet kaikille vastaajille, vaikka kokouksen aikana, jossa kohdejoukko on tavattavissa henkilökohtaisesti. Tutkija on itse kertomassa tutkimuksesta vastaten mahdollisiin kysymyksiin. Kysymyksessä on kokonaistutkimus, kun vastaajia ei valikoida, vaan kaikki paikalla olevat saavat halutessan vastata. (Hirsjärvi ym. 2004, 186, 209.)

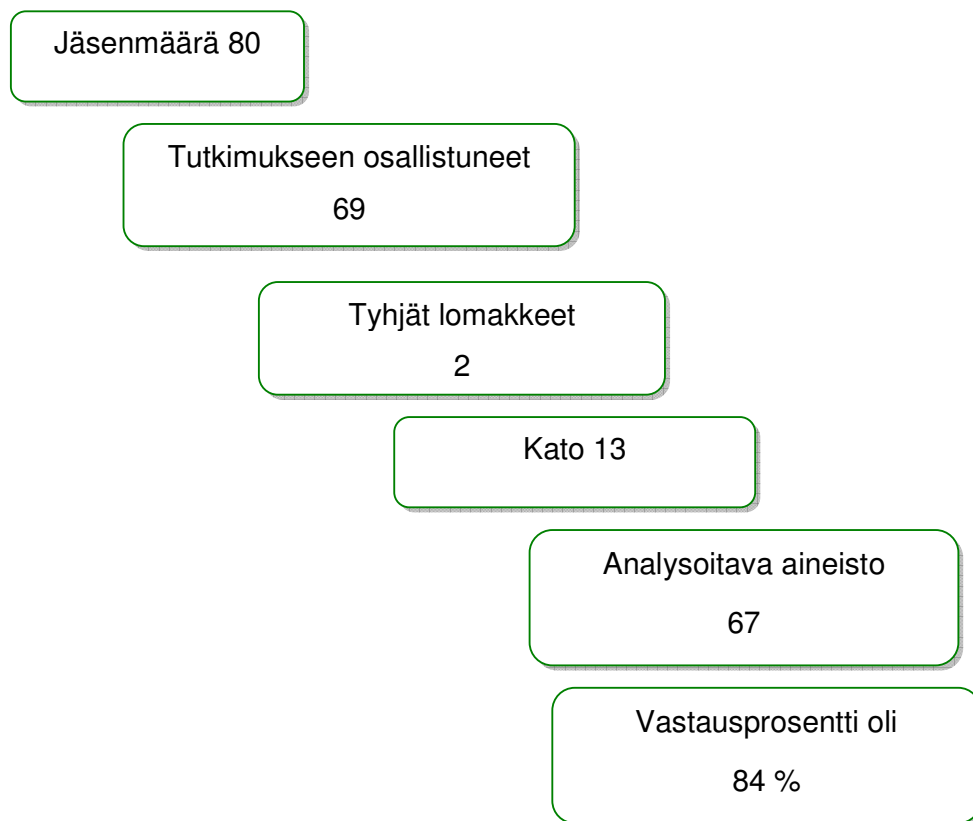
Tämä tutkimusaineisto kerättiin Salon seudun sydänyhdistyksen Sydänkerhon jäseniltä ja toteutettiin suunnitelman mukaisesti. Sydänkerhon aktiivijäseniä on 80, ja he kokoontuvat kuukausittain Salo-Uskelan seurakuntatalolla, jossa aineisto kerättiin 2.3.2010. Kyselylomakkeen saivat täytettäväkseen kaikki, jotka halusivat osallistua tutkimukseen. Kysely toteutettiin Sydänkerhon kokouksen aikana niin, että tekijä oli paikalla kertomassa vastaajille tutkimuksesta ja vastaamassa mahdollisiin kysymyksiin sekä jakamassa ja keräämässä kyselylomakkeet.

Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset muodostavat tutkimuksen rungon. Tutkimusongelmien rakentuminen selkiytyy vasta, kun nähdään saadut vastaukset. Kun aineisto on kerätty, tarkistetaan saadut tiedot ja lomakkeissa mahdollisesti ilmenevät virheet tai puutteet. Sitten järjestetään aineisto tallentamista ja analysointia varten. (Hirsjärvi ym. 2004, 188.)



Tutkimusaineisto tarkastettiin ja luettelointiin kronologiseen järjestykseen, kun täysin tyhjät lomakkeet oli poistettu aineistosta. Aineistossa esiintyi vain vähän tulkinnanvaraisia vastauksia, analysoinnin ulkopuolelle jäi kahdesta lomakkeesta yhden kysymyksen vastaus vastauksen epäselvyyden vuoksi. Koko aineisto tallennettiin analysointia varten.

Kuvio 1 havainnollistaa jäsenmäärän sekä tutkimukseen osallistuneet, analysoitavan aineiston muodostumisen ja vastausprosentin.



Kuvio 1. Vastausprosentin muodostuminen.

Kvantitatiivinen tutkimusote kartoittaa lukumääriä sekä prosenttiosuuksia käsitteleviä kysymyksiä ja asioiden välisiä riippuvuuksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoksen tulisi olla melko suuri, jotta tulokset olisivat luotettavia. Tällainen tutkimus sisältää tavallisesti valmiita standardoituja kysymyksiä, joista

tuloksia avataan numeerisessa muodossa, sekä kuvioiden ja taulukoiden avulla. (Heikkilä 2004, 16.)

Tuloksia tarkasteltiin huolellisesti ja edettiin järjestelmällisesti kyselylomakkeen rungon mukaisesti. Määrällinen aineisto tallennettiin SPSS-ohjelmaan, jota analysoinnissa käytettiin. Tulosten tallentamisvaiheessa huomiota kiinnitettiin tarkkuuteen, jotta sattumanvaraisia ja virheellisiä tuloksia ei kirjauksesta johtuen ilmaantuisi. Laskenta suoritettiin SPSS-ohjelman avulla ja tulokset on ilmaistu taulukoissa frekvenssein ja prosenttein, selittävän tekstin ja tulkinnan lisäksi. Ristiintaulukointia käytettiin joidenkin tulosten selventämiseksi.

Kvalitatiivinen tutkimus on induktiivinen, jolloin se etenee yksityiskohtaisista havainnoista yleiseen luokitteluun. Tutkijan tulee perehtyä havaintomateriaaliin syvällisesti luotettavan tulkinnan löytämiseksi. (Heikkilä 2004, 248.) Laadullinen tutkimus on prosessiluonteista ja analysointi on aineistolähtöistä. Laadullinen tutkimus asettaa analyysille tiettyjä rajoja. Tutkijan tulee raportointitilanteessa tuoda esiin tutkimustulosten tarpeelliset ja mielekkäät tekijät. Aineiston luokittelussa etsitään ydintekijät ja perusulottuvuudet, joiden kautta tutkimustulokset rakentuvat. Keskeisimpien käsitteiden valossa aineistokokonaisuutta tarkastellaan suhteessa tutkimustehtävään. (Aaltola & Valli 2001, 74-79.)

Kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä neljä, jotka kaikki luokiteltiin itsenäisinä osakokonaisuuksina. Tulkinnassa käytettiin sisällön analyysimenetelmää, jossa tulokset luokiteltiin kuvaamaan annettuja vastauksia. Avointen kysymysten vastaukset kirjattiin ja tallennettiin Word-tekstinkäsittelyohjelmaan, luettiin useampaan kertaan ja lähdettiin erottelemaan aineiston vastauksia esiin nousevien teemojen mukaisesti. Jokaisen vastauksen kohdalla alkuperäiset ilmaukset on ryhmitelty osajoukkoihin yhteenkuuluvuuden mukaan ja nämä ryhmät on nimetty alaluokaksi. Alaluokituksesta muodostuivat yläluokat ja pääluokat, jotka on jäsennetty kuvaamaan vastaajien kokemusta kysymyksen asettelusta. Luokituksessa on huomioitu kaikki vastaukset niin, että viimeissä pääluokassa ei enää yksittäinen vastaaja erotu.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän opinnäytetyön tutkimus kohdistui sydänsairaiden kokemuksiin psykososiaalisesta tuesta, Sydänkerhon toiminnasta ja elämänlaadusta. Tutkimustuloksia tarkastellaan järjestelmällisesti ja kaikki tulokset huomioiden. Tutkimukseen otettiin mukaan myös läheisenä Sydänkerhon toiminnassa mukana olevat, koska useimmilla läheisistä oli itselläänkin sydänperäinen perussairaus, lisäksi läheiset kuuluvat sairastuneiden psykososiaaliseen tukiverkostoon, joten heidänkin mielipiteensä on tärkeä.

### 6.1 Taustatiedot

Taustatiedoista selvitettiin vastaajan sukupuoli, ikä, asuminen ja perussairaudet. Tutkimukseen osallistuvien senioreiden ikä jaoteltiin neljään ryhmään alle 65-vuotiaista yli 86-vuotiaisiin. Ikäryhmistä eniten vastaajia oli 66-75-vuotiaiden ryhmässä, noin puolet vastaajista. Suurin joukko tutkimukseen osallistuneista oli iäkkäämpiä naisia. Sukupuolen osalta kaksi henkilöä jätti vastaamatta kysymykseen. Yksin asuvia henkilöitä oli 4 % vähemmän kuin toisen henkilön kanssa asuvia (taulukko 1).

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuvien ikä, sukupuoli ja asuminen (n=67).

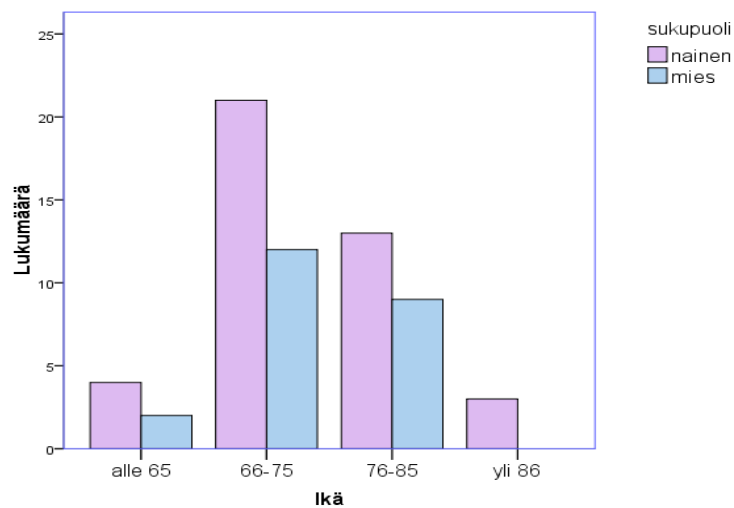
	f	%
Alle 65 vuotiaat	6	9
66-75 vuotiaat	34	51
76-85 vuotiaat	23	34
Yli 86 vuotiaat	3	5
Ei vastausta	1	1

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu).

Naisia	42	63
Miehiä	23	34
Ei vastausta	2	3
Yksin asuvat	30	45
Toisen henkilön kanssa asuvat	34	51
Ei vastausta	3	4

Tutkimustulosten mukaan naisia oli joka ikäryhmässä enemmän kuin miehiä. Yli 86 vuotiaiden ikäryhmässä ei ollut mukana yhtään miestä (kuvio 2).



Kuvio 2. Ikäryhmät jaettuna sukupuolten mukaan.

Taulukossa 2 kartoitettiin vastaajien mielipidettä siitä, ovatko he lähteneet mukaan sydänkerhon toimintaan itse sairastuneena sydän- tai verisuonisairauteen vai läheisenä. Suurin osa vastaajista oli mukana itse sairastuneena, läheisenä mukana olijoita oli 18 henkilöä.

Taulukko 2. Syy miksi on mukana sydänkerhon toiminnassa (n=67).

	f	%
Itse sairastuneena	39	58
Läheisenä	18	30
Ei vastausta	10	12

Jokaisella vastaajalla oli jokin perussairaus. Vastaajilla ilmeni sydämen tai verisuonten sairaus 43 % useammin kuin diabetes tai muu sairaus. Masennusta ei kukaan vastaajista sairastanut. Tilanteissa, joissa yksi vastaaja oli ilmoittanut itsellään olevan sydämen ja verisuonten sairaus sekä muu sairaus, eli tarkentanut sairauden, esimerkiksi sepelvaltimotaudiksi, on vastaus tuloksissa tulkittu vain kerran sydämen tai verisuonten sairauksien ryhmään kuuluvaksi. Tutkimuksessa esiin tulleita muita sairauksia olivat artroosi, kilpirauhasen liikatoiminta, reuma, kilpirauhasen vajaatoiminta, menierintauti, eturauhassyöpä, astma sekä keuhkoahtaumatauti. Yksitoista henkilöä mainitsi itsellään olevan jonkin edellä mainituista sairauksista. Tuloksiin on ilmoitettu kaikki vastaajan luettelemat sairaudet (taulukko 3).

Taulukko 3. Kyselylomakkeessa esiintyvät sairausryhmät (n=67).

	f	%
Sydämen tai verisuonten sairaus	50	75
Masennus	0	0
Diabetes	11	16
Muu sairaus	11	16
Ei vastausta	13	19

## 6.2 Sydänkerhon toiminnan kehityskohteita

Sairastuneen saamaa tukea haettiin eri tekijöiden kautta. Vastaajalle etsittiin tukea lähipiiristä, johon kuuluvat puoliso, lapset, sukulaiset ja ystävät sekä Sydänkerhon toiminnasta saatava tuki. Kysymyksessä etsittiin tärkeintä tukijaa. Useat vastaajista olivat kuitenkin maininneet kaikki henkilöt tai tahon, joilta kokivat saaneensa tukea sairauteen liittyvissä asioissa. Kaikki vastaukset otettiin huomioon ja ne on ilmoitettu taulukossa 4. Tärkeimmiksi tukijoiksi nousivat puoliso, lähes puolella vastanneista, sekä lapset, sydänkerho ja ystävä. Kolme henkilöä eli 5 % vastaajista koki, ettei saa tukea lainkaan (taulukko 4).

Taulukko 4. Sairastuneen tukijat (n=67).

	f	%
Puoliso	33	49
Lapset	25	37
Sydänkerho	23	34
Ystävä	19	28
Sukulainen	5	8
Ei lainkaan tukijaa	3	5
Ei vastausta	5	8

Avoimissa kysymyksissä etsittiin toiveita Sydänkerhon toimintaan, aihe-ehdotuksia kerhopäivän alustuspuheenvuoroihin sekä selvitettiin tärkeintä asiaa, jonka vuoksi henkilö on mukana Sydänkerhon toiminnassa. Tulosten mukaan sydänsairaille toiminnan jatkumisen lisäksi on yhdessä olo ja asiatiedon saaminen hyvin merkityksellistä. Useimmat vastaajista olivat tyytyväisiä Sydänkerhon nykyiseen toimintaan. Luokitus (liite 4) avointen kysymysten vastauksista syventää tutkimuksesta saatuja tuloksia. Taulukossa 5 näkyy vastausmäärät kysymyksiin 7-9.

Taulukko 5. Avoimiin kysymyksiin vastanneet henkilöt.

	f	%	Ei vastausta f / %
Toiveita toimintaan	20	30	47 / 70
Aihe-ehdotuksia	15	22	52 / 78
Tärkein asia	43	64	24 / 36

Luokitukseen kehittyivät pääluokka, yläluokat ja alaluokat, jotka muodostettiin kunkin kysymyksen vastauksista. Kysymykseen, mitä toiveita vastaajalla on Sydänkerhon toimintaan, muodostuivat alaluokiksi yhteisen toiminnan jatkuminen, tyytyväisyys nykyiseen toimintaan, yhteiset retket, kokemusten jakaminen ja asiantiedon saaminen.

*”Jatkuvuus”,*

*”Toiminta nykyisellään hyvää”,*

*”Enemmän retkiä ja teatterimatkoja”*

*”Hyvä olisi esittää omia kokemuksia”*

*”Hyviä esitelmiä erilaisista sairauksista”*

Sydänkerhon kokouksien aiheitoiveiden alaluokiksi muodostuivat geriatriclautoja, monipuolista tietoa sydänsairauksista, tietoa eri sairauksista, tietoa arjen asioista ja tietoa lääkehoidosta.

*”Vanhuusikään liittyvää luentoa geriatriclalta”*

*”Sydän, ravinto, liikunta”*

*”Normaali arkielämän asioista”*

*”Lääkkeiden käytöstä”*

*"En osaa sanoa, kun on ollut niin paljon hyviä aiheita"*

*"Enemmän virsilaulua"*

Vastaajien kokemuksina tärkein asia, jonka vuoksi on mukana sydänkerhon toiminnassa olivat ystävien tapaaminen, asiatiedon saaminen, virkistäytyminen ja oma sairaus.

*"Ystävien tapaaminen"*

*"Luennoitsijat oppiakseni vielä jotain uutta"*

*"Virkistys"*

*"Ohitusleikkaus v. 2003"*

### 6.3 Psykososiaalisen tuen merkittävyys

Psykososiaalisen tuen muotoihin sisällytettiin tiedon saanti, kokemusten jakaminen ja sairaudesta puhumisen mahdollisuus, tuttavien ja ystävien saaminen, ryhmään kuulumisen tunne sekä ilmaisu vastaajan elämässä olevasta tuesta. Eniten vastanneita oli asiatietoa, toiminnan kannustavutta ja tuttavan saamista kuvaavissa kysymyksissä, ja vähiten vastanneita oli pienryhmätoiminnan tarvetta koskevassa kysymyksessä.

Asiatiedon saamisesta 94 % vastaajista oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä. Kokemuksen jakamisen mahdollisuudesta täysin samaa mieltä tai samaa mieltä oli 55 %, kun eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 11 % vastanneista. Sydänkerhosta tuttavien saamisesta täysin samaa mieltä tai samaa mieltä oli 91 %, ja eri mieltä oli 3 % vastaajista. Ystävän saamisesta täysin samaa mieltä tai samaa mieltä oli 54 %, eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 14 % vastaajista. Vastaajista 57 % enemmän oli saanut tuttavan kuin ystävän Sydänkerhon toiminnan kautta (taulukko 6).



Taulukko 6. Psykososiaalista tukea kuvaavia tekijöitä (n=67).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei vastausta
	f / %	f / %	f / %	f / %	f / %
Saan asiatietoa	41 / 61	22 / 33	0 / 0	0 / 0	4 / 6
Toiminta kannustaa	41 / 61	23 / 34	0 / 0	0 / 0	3 / 5
Voin jakaa kokemuksia	14 / 21	23 / 34	6 / 9	1 / 2	23 / 34
Olen saanut tuttavien	36 / 54	25 / 37	2 / 3	0 / 0	4 / 6
Kuulun ryhmään	34 / 51	23 / 34	0 / 0	0 / 0	10 / 15
Voin tukea muita	22 / 33	19 / 28	5 / 8	0 / 0	21 / 31
Pienryhmätoiminnan tarve	0 / 0	19 / 28	8 / 12	10 / 15	30 / 45
Voin puhua sairaudesta	18 / 27	18 / 27	9 / 13	0 / 0	22 / 33
Olen saanut ystävän	16 / 24	20 / 30	8 / 12	1 / 2	22 / 32
Saan tukea elämään	21 / 31	21 / 31	2 / 3	0 / 0	23 / 35

#### 6.4 Käsitys elämänlaadun muodostumisesta

Elämänlaadun muodostumista lähestyttiin useilla eri kysymyksillä. Kysymykset käsittelivät arkipäivän sujumista, ulkoilua, harrastusmahdollisuutta, häpeän tunteen kokemusta, yksinäisyyttä sekä itsen että läheisen hyvinvointia, luottamusta tulevaisuuteen, terveyden kokemusta, syyllisyyden tunnetta ja tyytyväisyyttä elämään. Vastausmäärät vaihtelivat jonkin verran, eniten vastauksia tuli elämän tyytyväisyyden kuvaamiseen ja vähiten vastanneita oli yksinäisyyttä ilmaisevassa kysymyksessä. Vastaajista tyytyväisiä elämään oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä 89 % ja yksinäisyydestä täysin samaa mieltä tai samaa mieltä oli 19 %, täysin eri mieltä tai eri mieltä yksinäisyydestä oli 46 % vastanneista. Läheisten hyvinvointi oli lähes kaikille vastaajille hyvin tärkeää tai tärkeää. Häpeän tunnetta sairauden vuoksi ei koettu, mutta kokemus terveydentilan aiheuttamasta huolesta jakoi vastauksia. Terveys ei huolestuta täysin samaa mieltä tai samaa mieltä oli 69 %, mutta eri mieltä tai täysin eri

mieltä oli 17 % vastaajista. ja elämäänsä tyytyväisiä täysin samaa mieltä tai samaa mieltä oli 89 %, kun eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 4 % vastaajista (taulukko 7). Psykososiaalisen tuen muodostuminen sisälsi ystävät, sosiaalisen verkoston toimivuuden sekä tiedon itselle tärkeistä ja ajankohtaisista asioista.

Taulukko 7. Elämän laatuun vaikuttavia tekijöitä (n=67).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei vastausta
	f / %	f / %	f / %	f / %	f / %
Arkipäivät sujuvat hyvin	34 / 51	21 / 31	4 / 6	0 / 0	8 / 12
Ulkoilen säännöllisesti	38 / 57	17 / 25	2 / 3	2 / 3	8 / 12
On harrastusmahdollisuus	39 / 58	16 / 24	1 / 2	0 / 0	11 / 16
En tunne häpeää	29 / 43	23 / 34	0 / 0	0 / 0	15 / 23
Olen yksinäinen	7 / 10	6 / 9	18 / 27	13 / 19	23 / 35
Läheisten hyvinvointi	41 / 61	16 / 24	0 / 0	1 / 2	9 / 13
Voin henkisesti hyvin	29 / 43	27 / 40	2 / 3	0 / 0	9 / 14
Luotan tulevaisuuteen	27 / 40	24 / 36	1 / 2	1 / 2	14 / 20
Terveysteni ei huolestuta	24 / 36	22 / 33	10 / 15	1 / 2	10 / 14
En tunne syyllisyyttä	30 / 45	22 / 33	1 / 2	0 / 0	14 / 20
Tyytyväisyys elämään	31 / 46	29 / 43	1 / 2	1 / 2	5 / 7

Kyselylomakkeen viimeinen kysymys koski elämänlaatua, jonka tulokset avattiin sisällönanalyysillä ja luokiteltiin. Vaikka vastausprosentti jäi pieneksi, oli vastaajien kokemus elämänlaatua parantavista tekijöistä selkeä. Tärkeiksi koettiin avoin suhde lähimmiseen, positiivinen elämänasenne, liikunnan mahdollisuus, ulkoilu ja omaan sairauteen liittyvä hoidollinen tasapaino. Vastaajat kokivat siis fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tasapainon parantavan elämänlaatua (taulukko 8).

Taulukko 8. Elämänlaatu-kysymykseen vastanneet henkilöt.

	f	%	Ei vastausta f / %
Elämänlaatu	17	25	50 / 75

Elämänlaadun parantamista koskevan kysymyksen luokitus (liite 4) muodostui ylaluokista, alaluokista ja pääluokasta. Alaluokiksi muodostuivat avoin keskustelu läheisten kanssa, positiivinen elämänasenne, matkustelu, liikkuminen, terveydentilan tasapaino ja ei osaa sanoa.

*”Rohkeammin puhua läheisilleni”*

*”Hyvä mieli”*

*”Ulkomaan matkailu”*

*”Ulkoilemalla”*

*”Kipujen helpotus”*

*”En tiedä miten”*

## 7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen reliaabelius merkitsee mittarin luotettavuutta ja mittattujen tulosten toistettavuutta eli tutkimuksen mahdollisuutta tuottaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Tutkimuksen reliaabelius eli luotettavuus voidaan todeta, kun vaikka kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen. Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa alun perin oli tarkoituskin mitata. Kvalitatiivisen tutkimuksen validius paranee, kun tutkija tuo tarkasti esille tutkimuksen toteutustavan ja kaikki eri tutkimuksen vaiheet. Koska luokittelu on keskeinen osa laadullista tutkimusta, tulisi lukijan tulisi saada tietää miten luokittelu on syntynyt ja millä perusteilla tutkija on tulkintoihin päätenyt. (Hirsjärvi ym. 2004, 217-218.) Tutkimuksen validius on varmistettava huolellisella valmistautumisella tutkimuksen toteuttamiseen. (Heikkilä 2004, 16, 29-30.)

Tässä tutkimuksessa strukturoitu kyselylomake oli itse laadittu ja luotettavuuden lisäämiseksi pyrittiin lomakkeesta luomaan tarkoituksenmukainen, yksiselitteisesti ymmärrettävä ja helposti vastattava. Tutkimukseen valmistauduttiin miettimällä lomakkeen kysymykset huolellisesti. Lomaketta tarkasteltin kokonaisuuden lisäksi kysymysten asettelun, sanamuodon ja järjestyksen osalta. Avoimet kysymykset oli suunniteltu strukturoitujen kysymysten lomaan, jotta saataisiin lisäsyvyyttä tutkittavaan asiaan.

Virhelähteitä saattaa esiintyä vastaamiseen tai katoon liittyen. Vastaajasta aiheutuvia virheitä ovat tahattomat ja tahalliset väärät vastaukset sekä kysymysten erilaiset tulkintatavat. Tutkijasta johtuvat virheet liittyvät myös vastaamiseen, koska on mahdollista, että tavoite on asettu epäselvästi, kysymyslomakkeessa on puutteita tai kysymysten asettelu on huono. Virhe saattaa esiintyä myös tulosten tulkinnassa, johtuen väärästä tai vajaasta analyysistä, tulkinnasta tai johtopäätöksistä. Katoon eli vastaamatta jääneisiin kohdistuva virhe voi aiheuttaa koko perusjoukon tulosten vääristymään, kun kadon vaikutusta ei ole huomioitu perusjoukkoa valittaessa. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 41.)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että kaikki Sydänkerhon kokouksessa mukana olleet saivat mahdollisuuden osallistua tutkimukseen ja näin saatiin mahdollisimman kattava otos. Tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut lisätä rauhallisempi ja vastaajan kannalta yksityisempi tilanne. Luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä mainitaan ikäryhmän osalta se, että tekijältä on jäänyt kysymyslomakkeesta huomaamatta 65-vuotiaiden ikäluokka. Ikäryhmässä on huomioitu alle 65-vuotiaat sekä yli 66-vuotiaat, jolloin 65-vuotiaat jäivät ilman ikäryhmää. Huomioidaan myös, että osa vastaajista oli vastannut kahteen kohtaan perussairautta koskevassa osiossa niin, että rasti oli sekä sydämen ja verisuonten sairauden kohdalla että kohdassa muu sairaus, johon sairaus oli tarkemmin määritetty. Luotettavuuden lisäämiseksi vastauksista otettiin huomioon vain toinen vastausvaihtoehto.

Analysointi, joka toteutettiin SPSS-ohjelmalla, vähensi satunnaisvirheiden muodostumista määrällisten tulosten osalta. Sisällönanalyysillä analysoitiin avointen kysymysten vastaukset. Avoimet kysymykset toivat tarkempia ja henkilökohtaisempia vastauksia lisäten vastaajien mahdollisuutta ilmaista oma mielipiteensä vain pienellä viittauksella aiheeseen, näin esille saatiin myös erilaisia johdattelemattomia vastauksia. Avointen kysymysten vastaukset olivat kirjavia ja niihin oli vastattu hieman nihkeämmin kuin strukturoituihin kysymyksiin.

Eettisyys merkitsee oppia hyvästä ja pahasta. Etiikka pyrkii määrittelemään hyvän olemusta sekä ihmisen tekoja. Etiikka voidaan jakaa kahteen alalajiin, jotka pyrkivät selvittämään eettisiä väittämiä sekä kielellisiä merkityksiä. Terveysthuollossa etiikka on enimmäkseen normatiivista, jonka tarkoituksena on muovata yleispäteviä sääntöjä. Kaikkeen eettiseen pohdintaan sisältyvä intuitio muodostaa pohjan tehdyille toimille, jotka tavallisesti tulevat tietoisiksi vasta, kun itse toiminta on jo alkanut. Eettinen päätös muodostuu tunne-elämän pohjalta, jonka jälkeen etsitään päätökselle rationaalisia perusteita. Perusteluissa tosin etsitään helposti senkaltaisia tekijöitä, jotka mahdollistavat jo tehdyt päätökset. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 9-10,19.)

Koska totuuden etsiminen on tieteen keskeinen tavoite, tulee tutkimus toteuttaa tunnistetuilla ja oikeaksi osoitetuilla menetelmillä. Tutkimuksen rehellisyyteen vaikuttaa myös vahingossa mukaan joutunut virhe jossakin tutkimuksen vaiheessa, joka tekee tutkimuksesta epäeettisen. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 77.)

Tutkimusongelmaa hahmotellessa tulee jo miettiä eettisiä kysymyksiä, kuten mitä varten kyseinen tutkimus toteutetaan ja kenen ehdoilla toimitaan. Tutkimukseen valitut henkilöt on huomioitava erityisesti siinä tavassa, jolla tieto hankitaan. Tutkimukseen osallistuvien suostumus ja vapaaehtoisuus on tärkeää. Tutkittavien on oltava tietoisia seikoista, joihin tutkimus johtaa sekä heidän tulee olla kykeneviä ymmärtämään annettun tieto. Tutkittavien kunnioittava kohtelu merkitsee anonyymiyden turvaamista, korvauskysymykset, luottamuksellisuuden sekä aineiston asianmukaisen tallentamisen. Tutkimustyön tulee myös olla rehellisyyteen perustuva, sen joka vaiheessa. On huomioitava plagioiminen, joka tarkoittaa toisen henkilön tekstin luvantonta käyttöä omista nimissään. Plagiointia ei sallita myöskään omien aikaisempien juokaisujen osalta. Tutkimukseen osallistuvien kaikkien henkilöiden nimet on julkaistava yhteisen työn osalta. Tutkimuksen tuloksiin kohdistuva kritiikki lisää vajaan tai puutteellisen tuloksen rehellisyyttä. (Hirsjärvi ym. 2004, 26-28.)

Tämän tutkimuksen eettisyyttä lisää se, että vastauslomakkeista ei voida tunnistaa vastaajaa. Kyselylomakkeet ovat nimettömiä, tekijällä ei ole tiedossaan vastaajien nimiä, henkilötunnuksia tai muita tunnistetietoja. Tutkimukseen osallistuminen oli vastaajille vapaaehtoista, joten osa henkilöistä ei osallistunut tutkimukseen ja osa palautti kyselylomakkeet tyhjänä. Tekijä on sitoutunut käsittelemään aineistoa luotettavasti, ja vastauksiin perustuen laatimaan rehellisen analyysin tutkimustuloksista. Mahdollisista virheistä tutkimuksen tekijä ei ole tietoinen, joten niiden olemassaolo olisi tahatonta, mutta vaikuttaisi tutkimuksen luotettavuuteen eikä olisi eettisesti oikein. Lähteitä tutkimuksen tekijä on valinnut huolellisesti, pyrkien käyttämään pääosin kaksituhattaluvun teoksia ja tutkimuksia. Lähteinä on käytetty tutkimusaihetta käsittelevää ja aiheeseen soveltuvaa materiaalia niin, ettei plagiointia ole tapahtunut.

## 8 POHDINTA

Psykososiaalisuuden määritelmä on jonkin verran muuttuva sen mukaan, mistä näkökulmasta asiaa lähestytään. Tämän tutkimuksen mukaan psykososiaalinen hyvinvointi muodostui fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä tiedollisen tasapainon kautta. Näistä tekijöistä muodostui elämänlaatua lisäävät psykososiaaliset mekanismit. Psykososiaalinen hyvinvointi parantaa elämänlaatua sekä päinvastoin. Elämänlaatu heikkenee, mikäli psykososiaalisen tuen muodot vähenevät.

Tutkimustulokset kuvaavat vastaajien näkemystä Sydänkerhon kehittämiskohteista, psykososiaalisen tuen merkityksestä ja elämänlaadun muodostumisesta. Vastaajat toivat esiin ryhmän tarjoaman tuen, jatkuvuuden ja tiedon saamisen tärkeinä tekijöinä, joita toivottiin myös jatkossa. Psykososiaalisen tuen merkitys on kiistaton ja korostuu sairastumisen myötä, jolloin ryhmältä saadun tuen lisäksi kaivataan tietoa sairauksista ja terveyden ylläpitämisestä. Myös vertaistukea saatiin itse ja voitiin antaa toiselle. Sydänkerhon toiminnan kokonaisuus, kuten jäsenmääräkin kertoo, on tutkimuksen mukaan onnistunut.

Sydänkerhon kehitysehdotuksena onkin jatkuvuuden turvaaminen ja asiantuntijaluentojen pitäminen kerhotapaamisissa. Pienryhmätoimintaa kaivattiin jonkin verran, joten sen kehittämistä kannattaa miettiä, varsinkin jäsenmäärän kasvaessa. Lisäksi omien kokemusten jakaminen nousi esille tutkimuksessa. Keskustelutilanteiden suunniteltu luominen, esimerkiksi pienryhmätapaamisen avulla, saattaisi olla rakentava keino lisätä mahdollisuutta vertaistukeen.

Psykososiaalisuuden fyysinen ja psyykkinen tuki muodostui henkilön mielen vireydestä, liikunnasta ja ulkoilusta. Sosiaalinen tuki muodostui yhteisestä toiminnasta, yhdessä olosta ja kokemusten jakamisesta. Tiedollinen tuki taas sisälsi runsaasti tietoa tuovan toimintatavan. Tiedon saaminen toive sydän- ja verisuonisairauksien lisäksi kohdistui muihin sairauksiin, geriatriaan, ravintoon

ja liikuntaan eli myös terveyttä ylläpitäviin tekijöihin. Psykososiaalinen tuki on kokonaisuus, minkä vuoksi hyvä tasapaino edellyttää kaikkien tekijöiden toimivuutta. Vastaajista suurin osa oli iäkkäämpiä henkilöitä, mutta ikääntyminen ei yksinään ole se tekijä, joka automaattisesti lisääisi psykososiaalisen tuen tarvetta. Sairastuminen saattaa olla merkittävä yksittäinen tekijä lisääntyneeseen psykososiaalisen tuen tarpeeseen.

Tutkimuksen mukaan psykososiaalista tukea hakevat henkilöt eivät ole vain yksinasuvia, joten asumistapa tai yksinäisyys eivät ole toisiaan poissulkevia tekijöitä. Varsinkin iäkkäämpien ihmisten elämästä saattaa ystävien verkko harventua, jolloin sosiaalisen tuen aktiivinen kasvattaminen on hyvinvoinnin kannalta tärkeä tekijä. Tutkimuksessa havaittu naisten suurempi osuus saattaa johtua useasta tekijästä, naiset voivat elää miehiä pidempään tai hakeutua miehiä helpommin sosiaalisiin tilanteisiin.

Blek ym. (2007) tutkimuksen mukaan noin puolet sepelvaltimotautia sairastavista vastaajista oli saanut liian vähän tietoa sairaudestaan sairaalassa. Tähän tutkimukseen osallistuneet ovat kokeneet tiedon saamisen sydän- ja verisuonisairauksista sekä terveyttä edistävästä tekijöistä erääksi tärkeäksi asiaksi, jonka vuoksi ovat mukana Sydänkerhon toiminnassa. Bäckmanin (2006, 62) tutkimuksen mukaan sydän- ja verisuonisairaudet ovatkin eräs fyysistä toimintakyvyttömyyttä ennustava tekijä. Riittäväällä tiedon saamisella voidaan varmistaa sairastuneen rohkeus ja varmuus sopivan liikuntamuodon löytämiseksi sekä ravitsemuksellisten asioiden huomioiminen terveyden edistämiseksi. Rissasen (1999, 62) tutkimuksessa ne vanhemmat henkilöt, jotka arvioivat itse omaa terveyttään, kokivat selkeän yhteyden fyysisen ja psykososiaalisen terveyden välillä. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että suuri osa vastaajista saa tukea perheeltään, (puoliso ja/tai lapset) yhteensä 86 %. Lyyra ym. (2008) havainnoivat tutkimuksessaan, että miehet kokevat läheisimmäksi henkilökseen puolisonsa, kun taas naiset kokevat useimmiten läheisimmiksi lapsensa. Okkosen (2000, 59) tutkimuksessa todetaan, että perheeltä saatu tuki parantaa koettua terveydentilaa ja Teinosen ym. (2007, 1495) tutkimuksessa



todetaan myös kuolleisuuden alenevan, kun henkilö on aktiivisesti mukana sosiaalisessa elämässä, esimerkiksi kulttuuri- ja perhetapahtumissa.

Haarnin (2010) tutkimuksessa havaitaan senioreiden suunnitellun osallistumisen sosiaaliseen toimintaan tuovan vaihtelua ja aikataulutusta arkeen sekä mielekkyyttä elämäänsä, koska tekemisen tarve tai tarve kuulua yhteisöön eivät katoa eläköitymisen myötä. Tämän tutkimuksen tuloksena Sydänkerho oli tukena 35:llä prosentilla vastaajista, kun taas viisi prosenttia vastaajista ei kokenut saavansa keneltäkään tukea itselleen. Lyyra ym. (2008) toteavat tutkimuksessan, että noin kymmenesosalla tutkimukseen osallistuneista ei ole lainkaan luotettavaa henkilöä tukena.

Tähän tutkimukseen vastanneista, sekä miehistä että naisista, pieni osa oli tyytymätön elämäänsä. Eroavaisuutta tulee Ahton (1999, 98) tutkimukseen, jossa noin neljäsosa henkilöistä, jotka sairastivat sydän- tai verisuonitautia olivat tyytymättömiä elämäänsä. Rantasen (2009) tutkimuksen mukaan ohitusleikattujen potilaiden elämänlaatu oli selvästi heikentynyt muuhun väestöön verrattuna.

Tutkimuksessa päästiin lähelle tavoitteita ja saatiin vastaajien mielipiteitä tutkittavaan asiaan. Esimerkiksi kysymysten asettelua muuttamalla, saattaisi osa vastaajista motivoitua toisella tavalla. Henkilöiden vastausinnostukseen tai lomakkeiden tyhjiin kohtiin saattoi olla syynä erilaisia asioita. Kysymysten määrän ei oletta olevan selittävä tekijä, koska vastaamattomia kohtia oli joissakin lomakkeissa jo ensimmäisten kohtien kohdalla sekä ensimmäisellä sivulla. Lomakkeesta oli saattanut jäädä useita eri kohtia tyhjiksi, eikä vain eräs tietty kohta. Kuitenkin, esimerkiksi yksinäisyyttä kuvaava vastaus oli useissa lomakkeissa jätetty tyhjäksi, vaikka muihin kysymyksiin olisikin vastattu.

Yksilöinä vastaajat joutuivat pohtimaan itseään ja elämäänsä näkökulmasta, joka usein on aktiivisesti ajateltujen asioiden ulkopuolella, ja saattoi näin olla vastaamattomuuden eräs tekijä. Vastausmotivaatioon saattoi vaikuuttaa myös tutkimustilanne, joka saattoi olla hämmentävä. Tekijän tiedossa ei ole tiesivätkö tutkittavat suunnitellusta tilanteesta etukäteen, tai tiedon vaikutuksesta

vastaajaan. Tunnelma salissa oli rento ja tutkimuksen tekijä otettiin lämpimästi vastaan. Tutkimuksen toteuttamispaikka oli seurakuntatalon sali, jossa vastaajat istuivat pitkien pöytien ääressä, ja lähes kaikki paikat olivat täynnä. Tilanne antoi tiiviin vaikutelman, eikä näin ollen tarjonnut vastaajalle rauhallista, yksityistä tilaa henkilökohtaisiin ja arkaluonteisiin kysymyksiin vastaamiseen. Vastausajasta muodostui joustava, ja sen vuoksi mahdollisesti sekava. Osa vastaajista palautti lomakkeen heti täytettyään, vaikka tutkija oli kertonut keräävänsä lomakkeet sovitun ajan kuluttua.

Psykososiaalisen tuen merkityksen ymmärtäminen on tässä yhteiskunnallisessa tilanteessa hyvin ajankohtainen ja puhutteleva asia, johon tulee kiinnittää erityishuomio sairaiden henkilöiden toipumisen mahdollistamiseksi. Lisätutkimusta tarvitaan psykososiaalisen tuen tuomiseksi osaksi sairastuneiden sekä vanhempien ja syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten elämään. Tietoa tulisi saada syrjäytymistä ehkäisevistä tekijöistä sekä muodoista, joiden avulla sairastuneet tai iäkkäät kokevat hyötyvänsä psykososiaalisesta tuesta. Olennaista olisi pohtia, miten psykososiaalinen tuki sekä syrjäytyminen ymmärretään niiden tahojen osalta, jotka palveluita tuottavat? Mielenkiintoinen on myös kysymys, mitä palveluja tuottava taho näkee kuuluvan sairastuneen tai iäkkään henkilön normaaliin elämään, sekä miten sitä voidaan ylläpitää muuttuvissa tilanteissa?

## LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin.
- Ahto, M. 1999. Sepelvaltimotauti ja elämänlaatu iäkkäillä. Oulun yliopisto. 1999. Viitattu 14.1.2010. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514253647/isbn9514253647.pdf>
- Blek, T.; kiema, M.; Karinen, A.; Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäytymiseen. Tutkiva Hoitotyö Vol,5 (4), 2007.
- Bäckman, H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaissuraintutkimus ikääntyvillä miehillä. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 14.1.2010. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/backmand/fyysisen.pdf>
- Haarni, I. 2010. Eläkeläisten kohtaamispaikat tekemisen ja tapaamisen yhteisinä. Gerontologia 1/2010.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, R-L. & Kauppinen, M. 2008. Iäkkäiden henkilöiden mielialan muutokset 16 vuoden pitkäaikaistutkimuksessa. Gerontologia 2/2008.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistunut laitos. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Huttunen, J. 2005. Sydänliitto ja Diabetesliitto – onnea ja kiitos! Aikakauskirja Duodecim 2005;121(7):713-4. Viitattu 10.10.2010. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=duo94896&p\\_haku=syd%E4nliitto](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo94896&p_haku=syd%E4nliitto)
- Hämäläinen, H. & Röberg, M. 2007. Sydänkuntoutus osana moniulotteista palveluketjua. Suomen lääkärilehti 4/2007 vsk 62. Viitattu 10.10.2010. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL412007-3771.pdf>
- Hänninen, V. & Valkonen, J. (toim.) 2002. Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. 2., muuttumaton painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ihalainen, J.; Kettunen, R.; Kähäri-Wiik; K. & Vuori-Kemilö, A. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuus. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Kallanranta, T.; Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) 2001. Kuntoutus. Jyväskylä: Duodecim.
- STM:n julkaisuja 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Viitattu 14.1.2010. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3702.pdf&title=Kansallinen\\_terveyserojen\\_kaventamisen\\_toimintaohjelma\\_2008\\_\\_8211\\_2011.fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3702.pdf&title=Kansallinen_terveyserojen_kaventamisen_toimintaohjelma_2008__8211_2011.fi.pdf)
- Kattainen, A. 2004. Sepelvaltimotauti heikentää ikääntyvien toimintakykyä merkittävästi. Kansanterveys 7/2004. Viitattu 14.1.2010. [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf/2004\\_7.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf/2004_7.pdf)
- Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Viitattu 14.1.2010. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3666.pdf&title=Geriatrisen\\_hoidon\\_ja\\_vanhustyon\\_kehittaminen\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3666.pdf&title=Geriatrisen_hoidon_ja_vanhustyon_kehittaminen_fi.pdf)

- Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Käypä Hoito 2009. Kohonnut verenpaine. Viitattu 13.11.2010.  
[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=hoi04010#s11](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi04010#s11)
- Lyyra, T.-M.; Lyyra, A.-L.; Tiikkanen, P. & Heikkinen, R.-L. 2008. Muutokset iäkkäiden ihmisten sosiaalisissa suhteissa: 16 vuoden pitkäaistutkimus. Gerontologia 1/2008.
- Nordling, E. & Toivio, T. 2009. Mielenterveyden psykologia. Tampere; Edita.
- Nummela, O. 2009. Ikääntyneiden sosiaaliset suhteet kantavat elämässä. Suomen Lääkärilehti 3/2009. Viitattu 20.4.2010.  
<http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL232009-2110.pdf>
- Nupponen, R. & Karinranta, S. 2009. RAND-36-elämänlaatukysely itsenäisesti elävillä iäkkäillä naisilla. Gerontologia 2/2009.
- Okkonen, E. 2000. Potilaan psykososiaaliset vaaratekijät, selviytymiskeinot ja koettu terveys sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen yhteydessä. Viitattu 15.5.2010.  
<http://ethesis.helsinki.fi.ezproxy.turkuamk.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/okkonen/potilaan.pdf>
- Rantala, M. 2010. Sairaana terve elämä. Sydänsairauksien sekundaariprevention ja kuntoutuspalveluiden kehittäminen Pirkanmaalla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 1/2010. Viitattu 10.10.2010. <http://www.tays.fi/download.aspx?ID=5735&GUID={9058DD23-9DA9-401B-9607-9FF59B56617F}>
- Rantanen, A. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 22.11.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7816-1.pdf>
- Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Oulun yliopisto. Viitattu 20.4.2010. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514254414/isbn9514254414.pdf>
- Ryynänen, O.-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva: WSOY.
- Salomaa, V. 2006. Sydänsairaudet yleisempiä kuin koskaan – riskitekijät painottuvat alempiin sosiaaliryhmiin. Viitattu 9.10.2010.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2006/nro\\_8\\_2006/sydansairaudet\\_yleisempia\\_kuin\\_koskaan\\_\\_\\_riskitekijat\\_painottuvat\\_alempiin\\_sosiaaliryhmiin/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_8_2006/sydansairaudet_yleisempia_kuin_koskaan___riskitekijat_painottuvat_alempiin_sosiaaliryhmiin/)
- Salon kaupunki tiedottaa. 2009. Salon seudun sydänyhdistys. Julkinen tiedote, jaetaan joka talouteen. 10/2009. Viitattu 15.5.2010. <http://www.salo.fi/attachments/2009-12-14T09-22-1889.pdf>
- Salon seudun Sydänyhdistys ry. 2010. Viitattu 15.5.2010.  
[http://arkisto.sydanliitto.fi/sydanpiirit\\_ja\\_yhdistykset/varsinais\\_suomi/yhdistykset/fi\\_FI/salon\\_seudun\\_sydan\\_yhdistys/](http://arkisto.sydanliitto.fi/sydanpiirit_ja_yhdistykset/varsinais_suomi/yhdistykset/fi_FI/salon_seudun_sydan_yhdistys/)
- Seppänen, M.; Heinola, R. & Andersson, S. 2009. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 6/2009. Viitattu 15.5.2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d4031f8-2741-4493-b50a-925ea617c352>
- STM 2009. Psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Viitattu 24.4.2009.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10736.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10736.pdf)
- Suomen Sydänliitto ry. 2010. Viitattu 24.10.2010. <http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto>

KTL:n julkaisuja. B 10/2005. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2005.. Viitattu 9.10.2010.  
[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2005/2005b10.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b10.pdf)

Teinonen, T.; Isoaho, R. & Kivelä, S-L. 2007. Vanhusten sosiaalinen osallistuminen ja elinajan ennuste. Suomen lääkärilehti 14-15/2007 vsk 62. Viitattu 15.5.2010.  
<http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL142007-1493.pdf>

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Tammi.

Tilastokeskus 2008. Työikäisten (15-64 v.) yleisimmät kuolemansyyt sukupuolen mukaan vuonna 2007. Viitattu 9.10.2010. [http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2007/ksyyt\\_2007\\_2008-12-04\\_tau\\_001.html](http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2007/ksyyt_2007_2008-12-04_tau_001.html)

Vilkko-Riihelä, A. 1999. Psykye: Psykologian käsikirja. Helsinki:WSOY.

**OPINNÄYTETYÖN  
TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

1

**OPISKELIJAN TIEDOT**

Nimi Sirkka Laine

Osoite Naurispellontie 1A a6, 21270 Nousiainen

Puhelin koti 040-5608 941 Puhelin työ 02-4343 950

Sähköposti sirkka.e.laine@students.turkuamk.fi

Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma

**OPINNÄYTETYÖ**

Aihe/ työnimi Psykososiaalisen tuen merkitys sydänsairaana iäkkään elämänlaatuun

Kehittämistehtävä/  
tutkimusongelma Mitkä ovat Sydänkerhon kehittämiskohteet?  
Mitä on iäkkään ihmisen elämänlaatu?  
Mikä merkitys psykososiaalisella tuella on sydänsairaalle iäkkäälle?

Aikataulu Maaliskuun alussa kyselylomake jaetaan vastaajille. Vastaukset analysoidaan keväällä.

**TOIMEKSIANTAJA**

Organisaatio Salon seudun sydänyhdistyksen Sydänkerho

Työn ohjaaja / yhteyshenkilö Irmeli Leino

Osoite Turun ammattikorkeakoulu, Salon toimipiste

Puhelin 044-9075 495 Sähköposti irmeli.leino@turkuamk.fi

**OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT**

Ohjaava opettaja Sirpa Nikunen

Puhelin 044-9075 494 Sähköposti sirpa.nikunen@turkuamk.fi

**Turun ammattikorkeakoulu**  
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku  
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791  
posti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

### OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

#### OPINNÄYTETYÖN OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Ohjauksella tuetaan työn tavoitteiden saavuttamista.

Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

#### OIKEUDET TULOKSIIN JA MUUHUN OPINNÄYTETYÖHÖN LIITTYVÄÄN AINEISTOON, LAITTEISIIN JA SOVELLUTUKSIIN

Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen luovuttamaan opinnäytetyön raportin toimeksiantajalle. Tekijänoikeuden ja teollisoikeuksien osalta noudatetaan tapauskohtaisesti kyseisiä oikeuksia koskevaa kulloinkin voimassa olevaa lainsäädäntöä.

#### TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Työ asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkistetaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Opinnäytetyön osapuolet sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Opinnäytetyön raportti on laadittava niin, ettei se sisällä liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja. Toimeksiantaja antaa opinnäytetyöstä lausunnon.

#### OPINNÄYTETYÖN KUSTANNUKSET JA NIIDEN KORVAAMINEN

Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään.

### OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

31.2.2010

Sirkka Laine

Opiskelija

31.3.2010

Jouko Kananen

Toimeksiantaja

### LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA



Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu  
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku  
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791  
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi





TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
Terveysala, Salo  
Ylhäistentie 2  
24130 SALO  
Puh. 010 5536100  
Fax. 010 5536179

## ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Tutkimuksen nimi	Psykososiaalisen tuen merkitys sydänsairaille.
Tutkimusongelma	Mitkä ovat sydänkerhon kehittämisoongelmat? Mitkä merkitys psykososiaalisella tuella on sydänsairaille? Mitä on elämänlaatu?
Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä	Sydänkerhon jäsenet. Kyselylomakkeet jaetaan ja kerätään tutkimuksen tekijän toimesta samana päivänä, joka on sovittu etukäteen.
Aineiston ko-koamisajankohta	Maaliskuun 2010
Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta	Joulukuun 2010
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	3.3.2010 (Sirkka Nikunen)
Tutkimuksen ohjaajat	SIRKA NIKUNEN puh 044 9075494 HEIKKI EHKILÄ puh _____
Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa tutkimusongelman puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.	
Tutkimuksen tekijät	Hoitotyö ASSHK08 (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä)
	Sirkka Laine (nimi)
	Nonsiainen (osoite)
	040-5608941 (puhelinnumero)

Anomus käsitelty 3.3.2010  
(x) lupa myönnetty  
( ) lupa eväty, peruste \_\_\_\_\_

Allekirjoitus Sirkka Laine

Anomus ja tutkimussuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalla. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovittulla tavalla.

Kyselylomake.

2.3.2010

Valitkaa itsellenne sopiva vaihtoehto rastittamalla tai vastaamalla siihen varattuun tilaan.

1. Sukupuolenne 1) ☐ Nainen  
2) ☐ Mies

2. Ikänne 1) ☐ Alle 65  
2) ☐ 66-75  
3) ☐ 76-85  
4) ☐ Yli 86

3. Asuuko taloudessanne muita?

- 1) ☐ Kyllä  
2) ☐ Ei

4. Onko teillä jokin seuraavista sairauksista?

- 1) ☐ Sydämen tai verisuonten sairaus  
2) ☐ Masennus  
3) ☐ Diabetes  
4) ☐ Muu, mikä \_\_\_\_\_

5. Kuka on tärkein tukijanne sairauteen liittyvissä asioissa?

- 1) ☐ Puoliso 2) ☐ Lapset / lapsenlapset  
3) ☐ Muu sukulainen 4) ☐ Ystävä  
5) ☐ Sydänkerho 6) ☐ Ei kukaan erityisesti

6. Oletteko Sydänkerhon toiminnassa mukana?

- 1) ☐ Itse sairastuneena  
2) ☐ Läheisenä

7. Mitä toiveita teillä on Sydänkerhon toimintaan?

---

---

8. Mistä aiheista toivoisitte alustuksia Sydänkerhossa?

---

---

9. Mikä on tärkein asia, jonka vuoksi olette mukana Sydänkerhon toiminnassa?

---

Seuraavassa on väittämiä liittyen Sydänkerhon toimintaan sekä elämänlaatuun. Vastatkaa joka riville mielipiteenne mukainen vaihtoehto rastittamalla.

		4	3	2	1
		Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
10.	Olen saanut Sydänkerholta asiantietoa				
11.	Sydänkerhon yhteinen toiminta on kannustavaa				
12.	Olen voinut jakaa omia kokemuksiani				
13.	Olen saanut Sydänkerhosta tuttavlia				
14.	Sydänkerhossa tunnen kuuluvani ryhmään				
15.	Sydänkerhossa voin antaa tukeni muille				
16.	Kaipaani pienryhmä toimintaa Sydänkerholla				
17.	Voin puhua sairaudestani Sydänkerhossa				
18.	Olen saanut Sydänkerhosta uuden ystävän				
19.	Sydänkerhon ryhmältä saan tukea elämäni				

20.	Arkipäiväni sujuvat hyvin				
21.	Ulkoilen säännöllisesti				
22.	Minulla on mahdollisuus harrastukseen				
23.	Tunnen olevani yksinäinen				
24.	Suhtaudun luottavaisesti tulevaisuuteen				
25.	Voin henkisesti hyvin				
26.	En häpeä itseäni				
27.	Minulle on tärkeää, että läheiseni voivat hyvin				
28.	Terveysteni ei huolestuta minua tällä hetkellä				
29.	En tunne syyllisyyttä sairauteni vuoksi				
30.	Olen tyytyväinen elämäni				

31. Miten näette, että elämänlaatua voisi parantaa?

---



---

Lämmin kiitos, kun annotte aikaanne ja mielipiteenne!

Kyselylomakkeen kysymys 7. Mitä toiveita teillä on Sydänkerhon toimintaan?

LIITE 4/1(4)

Alkuperäiset ilmaisut	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
"Jatkuvuutta" "Aivan kuten ennenkin" "Jatko samalla tavalla" "Hyvää jatkoa" "Jatkuvuus" "Hyvä on meille" "Jatkuisi yhtä pirteänä eteenpäinkin"	Yhteisen toiminnan jatkuminen		
"Tänään oli hyvä luento Samantapaisia lisää" "Nykyinen toiminta tyydyttää" "Toiminta nykyisellään hyvää" "Ei valittamista"	Tyytyväisyys nykyiseen toimintaan	Yhteisen toiminnan jatkuminen	Toiveita Sydänkerhon toimintaan
"Halvemmat retket" "Yhteisiä retkiä" "Enemmän retkiä ja teatterimatkoja"	Yhteiset retket		
"Hyvä olisi esittää omia kokemuksia" "Keskustelut ja neuvonnat" "Saada uusia ystäviä, keskustella muiden kanssa kokemuksia"	Kokemusten jakaminen	Kokemusten jakaminen	
"Lääkärin luento" "Hyviä esitelmiä erilaisista sairauksista"	Asiatiedon saaminen	Tiedon saanti	

Kyselylomakkeen kysymys 8. Mistä aiheista toivoisitte alustuksia Sydänkerhossa?

LIITE 4/2(4)

Alkuperäiset ilmaisut	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
"Edelleen ihmisen toimintoihin liittyviä esityksiä / Geriatrian asiantuntija" "Vanhuusikään liittyvää luentoa geriatrialta"	Geriatrialuentoja	Geriatrialuentoja	Sydänkerhon aiheitoiveita
"Sydän, ravinto, liikunta" "Sydämelle sopiva liikunta, ruoka ym." "Sydän ynnä muista sairauksista" "Sydänsairauksien periytyvyydestä" "Rytmihäiriöistä"	Monipuolista tietoa sydänsairauksista	Monipuolista tietoa sydän- ja vesisuonisairauksiin liittyen	
"Hyviä esitelmiä erilaisista sairauksista" "Tietoa sairaudesta"	Tietoa eri sairauksista	Tietoa terveydestä, sairauksista ja lääkehoidosta	
"Normaali arkielämän asioista" "Tietoa mukava saada"	Tietoa arjen asioista		
"Lääkkeiden käytöstä"	Tietoa lääkehoidosta		
"Ensi kertaa mukana, ei vielä tietoa" "En osaa sanoa, kun on ollut niin paljon hyviä aiheita." "Samoista kuin ennen" "Tähän ikään ehtineenä vuosikymmenien ajan ei osaa enää toivoa uutta vaan"	Ei osaa sanoa		
"Enemmän virsilaulua."	Virsilaulua	Yhteislaulua	

Kyselylomakkeen kysymys 9. Mikä on tärkein asia, jonka vuoksi olette mukana sydänkerhon toiminnassa? LIITE 4/3(4)

Alkuperäiset ilmaisut	Alaluokat	Yläluokka	Pääluokka
"Hyvää toimintaa Tavata ystäviä" "Ystävien tapaaminen" "Tapaa ystäviä" "Ystävien tapaaminen" "Ystävät, ja ihana kerhoporukka" "Liittyä seuraan" "Hyvää mieltä ja ystäviä" "Tavata muita" "Ystävät, tuttavat ja koko tämä sydänkerho" "Saan olla emäntänä ja keittää ain kahvit" "Mikä antaisi tärkiä asia koko kerholle" "Vertaisia iloisia ihmisiä" "Erittäin mukava olla mukana" "On seuraa laulamalla"	Ystävien tapaaminen		
"Yhteyttä, asiantuntevaa tietoa" "Erittäin mukava olla mukana ja saada asiatietoa" "Sieltä saatu informaatio ja virkistys" "Luennoitsijat oppiakseni vielä jotain uutta"	Asiatiedon saaminen	Psykososiaalinen tuki	Sydänkerhon toimintaa
"Löytyisikö sopivaa retkeä?" "Virkistys"	Virkistäytyminen		
"Olen kannatusjäsen"			
"Ohitusleikkaus v. 2003"	Oma sairaus		

Kyselylomakkeen kysymys 9. Mikä on tärkein asia, jonka vuoksi olette mukana sydänkerhon toiminnassa?

LIITE 4/3(4)

Alkuperäiset ilmaisut	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
"Rohkeammin puhua läheisilleni / "sisarille omistakin asioista" "Läheisimmän kanssa puheyhteys paremmaksi" "Olemalla mukana"	Avoim keskustelu läheisten kanssa		
"Olla iloisella ja reippaalla mielellä Ikä antaa jo kiitollisen mielen jokaisena uutena aamuna" "Hyvä mieli" "Olen täysin tyytyväinen mitä minulla on"	Positiivinen elämänasenne	Psyykinen ja sosiaalinen tasapaino	
"Ulkomaan matkailu"	Matkustelu		Elämänlaadun muodostuminen
"Enemmän liikuntaa" "Ehkä vielä enemmän uintia, liikuntaa, ulkona" "Kuntoutus" "Mahd. paineita purkamalla" "Ulkoilemalla" "Harrastan suunnistusta se on elämän suola"	Liikkuminen	Fyysinen tasapaino	
"Paremmalla oma lääkäri systeemillä" "Kipujen helpotus"	Terveystilan tasapaino		
"En osaa sanoa" "En tiedä miten"	Ei osaa sanoa		

